UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE N°105

A PROPOS D'UN CAS DE LUXATION DU COUDE EN DEHORS

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 19 juillet 1922

PAR

PINEAU (Albert-Jean-Marie)

Né aux Ormes (Vienne), le 18 août 1889

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse

FORGUE, professeur, *Président.*
ESTOR, professeur.
ETIENNE, agrégé.
LAPEYRE, agrégé.

Assesseurs

MONTPELLIER
Imprimerie l'ABEILLE (Coopérative Ouvrière)
14, Avenue de Toulouse. — Téléphone : 8-78

1922

A PROPOS D'UN CAS

DE

LUXATION DU COUDE

EN DEHORS

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547021_0120

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE N°105

A PROPOS D'UN CAS DE LUXATION DU COUDE EN DEHORS

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 19 juillet 1922

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

PAR

PINEAU (Albert-Jean-Marie)

Né aux Ormes (Vienne), le 18 août 1889

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse

FORGUE, professeur, *Président.*
ESTOR, professeur.
ETIENNE, agrégé.
LAPEYRE, agrégé.

Assesseurs

MONTPELLIER
Imprimerie l'ABEILLE (Coopérative Ouvrière)
14, Avenue de Toulouse. — Téléphone : 8-78

1922

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Anatomie	MM. GILIS.
Histologie	VIALLETON. GRYNFELTT.
Physiologie	HEDON.
Physique médicale	N...
Chimie biologique et médicale	DERRIEN, *doyen.*
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Anatomie pathologique	MASSABUAU.
Microbiologie	LISBONNE.
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC.
Pathologie interne	N...
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Médecine légale et toxicologie	N...
Clinique médicale	DUCAMP. VEDEL.
Clinique chirurgicale	TEDENAT. FORGUE, *assesseur*
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET.
Clinique ophtalmologique	TRUC.
Clinique des maladies des enfants	N...
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Clinique gynécologique	DE ROUVILLE.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU.

Honorariat

Doyens honoraires : MM. VIALLETON et MAIRET.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS, RODET et BAUMEL.

Secrétaires honoraires : MM. GOT et IZARD.

Chargés de Cours complémentaires

Anatomie	MM. GRYNFELLT.
Clinique propédeutique de chirurgie	RICHE.
Clinique propédeutique de médecine	RIMBAUD.
Clinique des maladies des vieillards	EUZIERE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	MARGAROT.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN.
Pathologie chirurgicale	ETIENNE.
Accouchements	DELMAS (P.).
Pharmacologie	GALAVIELLE.
Matière médicale	CABANNES.
Stomatologie	Dr WATON.
Histologie	Dr GRANEL (F.).

Agrégés en exercice

Médecine	MM. LEENHARDT. GAUSSEL. EUZIERE. RIMBAUD. MARGAROT.	Chirurgie	MM. RICHE. ETIENNE. LAPEYRE.
Anatomie	DELMAS (J.).	Accouchements	DELMAS (P.)
Chimie	MESTREZAT.	Histoire natur.	GALAVIELLE. CABANNES.
		Physique	PECH.

Examinateurs de la thèse :

MM. FORGUE, profr, *président.*	MM. ETIENNE, agrégé.
ESTOR, professeur.	LAPEYRE, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

En témoignage de bien vive reconnaissance et de profond amour filial.

MEIS ET AMICIS

A. PINEAU.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FORGUE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

qui, après avoir bien voulu nous inspirer le sujet de cette thèse, nous a fait le grand honneur d'en accepter la présidence.

A MON JURY DE THÈSE

A PINEAU.

A PROPOS D'UN CAS
DE
LUXATION DU COUDE
EN DEHORS

INTRODUCTION

Les luxations du coude viendraient, d'après Malgaigne, en deuxième ligne dans l'ordre de fréquence relative des luxations en général, immédiatement après celles de l'épaule; elles s'observent avec une prédilection marquée chez les enfants, et plus souvent chez l'homme que chez la femme.

La perte du contact normal des surfaces articulaires, tête radiale et crochet cubital d'une part, trochlée et condyle d'autre part, peut se produire dans différentes directions.

Pour nous en tenir à la classification de Debruyn, on distingue : les luxations simultanées des deux os de l'avant-bras en arrière qui sont de beaucoup le plus fréquemment observées, en avant qui sont exceptionnelles, en dedans et en dehors qui sont rares.

Pour que l'on puisse parler véritablement de luxa-

tion en dehors, il faut que le segment antibrachial soit déplacé uniquement dans la direction en dehors et que le cubitus ne se trouve plus en contact avec la trochlée.

Ainsi que le fait remarquer Denucé, le véritable signe de la luxation en dehors consiste en ce que l'apophyse coronoïde du cubitus reste en avant, le bec olécranien en arrière d'un plan vertical passant par l'épicondyle et l'épitrochlée, malgré le déplacement des deux os de l'avant-bras sur le côté externe de l'humérus.

C'est qu'en effet, dit Preston, on observe des cas de luxations en arrière accompagnées de déplacements en dehors, et des cas de luxations latérales externes avec un élément de déplacement en arrière, et qu'il est parfois fort difficile de dire alors quel est l'élément primordial ou prédominant.

Les luxations latérales externes peuvent être pures ou s'accompagner de fractures du cubitus ou de l'épitrochlée ; nous n'envisagerons ici que les luxations latérales externes pures sans fracture concomitante.

Enfin, parmi ces luxations pures, il y a lieu de distinguer les luxations complètes et les luxations incomplètes. Par luxations complètes, nous comprenons les cas où les surfaces articulaires entièrement séparées n'ont plus entre elles aucun contact ; nous réservons, avec les auteurs, le terme de luxations incomplètes aux cas où les surfaces articulaires ont conservé entre elles des relations de contact, mais de contact anormal.

C'est sur un de ces cas relativement rares de luxation pure incomplète du coude en dehors que, sur les conseils de notre maître le professeur Forgue, nous avons édifié ce modeste travail qui fait l'objet de notre thèse inaugurale.

Nous publions l'observation qu'il a bien voulu nous communiquer et nous essayons d'en dégager quelques considérations sur le mécanisme, la symptomatologie, le diagnostic et le traitement.

OBSERVATION

(Due à l'obligeance de M. le professeur Forgue)

Mme A. P..., 45 ans, journalière, entrée à l'Hôpital Suburbain le 24 juin 1922.

Le 23 juin, alors qu'elle revenait de travailler, elle trébuche et tombe de sa hauteur sur le côté droit, l'avant-bras fléchi à peu près à angle droit sur le bras, le bras écarté du tronc dans une position instinctive pour préserver la face et amortir le choc.

Cette attitude, bien précisée par la malade, nous permet d'affirmer que le choc a porté sur le coude fléchi à angle droit et sur sa face interne.

Elle a ressenti au moment de l'accident une douleur très vive et n'a pu se relever que grâce à l'aide de ses compagnons de travail.

Un médecin consulté invite la malade à entrer à l'Hôpital Suburbain, ce qu'elle fait le 24 juin.

A son entrée à l'hôpital on remarque que le coude est tuméfié sans présenter de traces d'ecchymoses, l'avant-bras est étendu sur le bras ; les mouvements actifs sont impossibles, la flexion passive également impossible ; ce mouvement ne peut pas même être amorcé, le membre restant immobilisé dans sa position première.

A l'inspection on constate, en dehors des renseignements que nous venons de signaler et en s'aidant de la comparaison avec le membre sain, que l'axe de l'avant-bras n'est pas prolongé par celui du bras mais qu'il tombe en dehors de lui et que ces deux axes forment un angle ouvert en dedans, ce qui n'existe pas normalement.

La palpation n'indique aucun point spécialement douloureux, aucun craquement osseux, aucune forte saillie anormale.

On perçoit, à travers le coude fortement œdématié et difficile à palper profondément :

1° Que l'épitrochlée est plus saillante qu'à l'état normal, la continuité osseuse au-dessous de l'interligne fait par le cubitus n'est pas perçue ;

2° Que l'olécrâne est normal et en place, c'est-à-dire qu'il se trouve sur la même ligne transversale que l'épitrochlée, l'avant-bras étant en extension. La position de cette saillie ne peut être observée dans la flexion du coude car celle-ci est impossible, l'avant-bras étant « calé » en extension ;

3° Que l'épicondyle est impossible à percevoir, pas plus en avant qu'en arrière ou en dehors ;

4° Que la tête radiale est au contraire très perceptible dans la gouttière para-olécranienne externe, plus superficielle que normalement; on la sent très nettement rouler sous le doigt lorsque l'on imprime à l'avant-bras de petits mouvements de pronation et de supination.

De plus, fait important, la continuité osseuse avec le condyle n'existe pas, celui-ci n'est pas perçu par sa face postérieure, au contraire on peut, semble-t-il, de l'index recourbé en crochet et profondément enfoncé accrocher

la face supérieure de la tête radiale et la palper directement du doigt.

C'est donc que la cupule radiale a perdu son contact osseux normal, qu'elle est luxée en arrière et en dehors. On cherche alors une fracture possible du cubitus, elle n'existe pas ; c'est donc qu'il s'agit d'une luxation pure et incomplète des deux os.

L'examen radiographique a été pratiqué et l'épreuve que nous reproduisons montre nettement le radius sur le côté externe de l'humérus ayant perdu contact avec le condyle ; le cubitus semble avoir glissé en dehors et sa cavité sigmoïde embrasse le condyle ; la trochlée est vide ; l'image de l'épitrochlée est très nette, en sorte que l'on peut affirmer qu'il n'existe pas de solution de continuité osseuse.

L'extrémité du bec de l'olécrâne n'a pas quitté la fossette olécranienne, il semble que le déplacement de dedans en dehors se soit passé autour de ce point comme charnière.

La réduction a été faite selon le procédé habituel que nous exposerons au chapitre du traitement.

Le 5 juillet, un nouvel examen de la malade nous a permis de constater que le gonflement articulaire à disparu. Les mouvements de pronation et de supination sont aussi étendus que normalement et tout à fait indolores ; les mouvements de flexion et d'extension sont encore limités.

CAUSES ET MÉCANISME

Les quelques cas de luxation du coude en dehors qui ont été publiés relèvent tous de conditions étiologiques identiques, tous sont dus à un traumatisme direct, choc ou chute, ayant porté sur la partie interne du coude.

J.-L. Petit en observa un cas chez un laquais qui, en tombant d'un carrosse, avait eu le bras engagé dans les rayons d'une roue.

Un fait identique est rapporté par Theden; Malgaigne en citait 3 cas et Denucé en 1872 en rassemblait seulement 7 cas.

En 1873, Testut, alors interne de Denucé, publie une observation concernant un malade qui aurait fait une chute sur les mains, les avants-bras en extension forcée. Mais l'auteur ne pense pas que l'extension forcée, pas plus que la flexion forcée, puisse expliquer le déplacement latéral, et il met en doute les commémoratifs de l'accident rapportés par le blessé, car des ecchymoses étendues relevées à la partie interne du coude l'autorisent à penser que la chute a eu lieu non pas sur les mains mais sur le coude.

Dans les cas de Theden et de Nichet la chute s'est

faite sur le côté interne du coude, tandis que Triquet l'aurait observée à la suite d'une chute sur le poignet.

Sur le fait relaté par J.-L. Petit, Boyer avait édifié toute une théorie ; d'après lui, la violence extérieure pour produire une luxation latérale devait agir simultanément sur le côté externe de l'humérus pour le porter en dedans et sur le côté interne du cubitus pour repousser en dehors les deux os de l'avant-bras.

Telle était la théorie du glissement parallèle ; mais, alors que Boyer voulait que le membre fût légèrement fléchi au moment de l'accident, J.-L. Petit pensait plutôt que le membre devait être complètement étendu.

Malgaigne reprit la question et à la théorie du glissement parallèle substitua celle plus plausible de l'inclinaison latérale. Il explique ainsi le mécanisme de la luxation et la succession des lésions :

« Qu'un choc violent sur un poignet ou sur le côté interne du coude tende à rejeter l'avant-bras en dehors, le ligament latéral interne se rompt tout d'abord ; cela permet aux surfaces articulaires de s'écarter ; la violence continuant à s'exercer, la projection de l'avant-bras en dehors s'achève sans fracture par rupture du ligament latéral interne. »

Pingaud nie absolument l'existence de cette luxation incomplète qui « n'existe pas, dit-il, et ne saurait exister », s'appuyant sur le fait que Salleron n'a pu la produire expérimentalement qu'après avoir coupé tous les ligaments de l'articulation.

Hamilton, plus récemment Preston et bien d'autres auteurs prétendent qu'elle est au contraire le plus commun des déplacements latéraux.

Denucé l'explique par une flexion latérale interne, Ross, Reuser et Streubel déclarent que cette luxation n'est

pas uniquement latérale, qu'elle est toujours le résultat de la transformation d'une luxation en arrière. Dans une observation de Launay, la face interne du coude avait, dans une chute, porté sur une pierre, et il affirmait que le déplacement fait d'abord indirectement en arrière s'était ensuite fait directement en dehors.

Mais, dans les cas semblables à celui que nous rapportons, nous pensons qu'il est logique et rationnel de nous rallier à la théorie de Malgaigne. Le choc direct sur la partie interne du coude tendant à propulser les deux os de l'avant-bras en dehors détermine tout d'abord une flexion latérale, puis un déchirement du ligament latéral interne tendu au maximum ; l'articulation bâille en dedans, les surfaces articulaires s'écartent, facilitant, si la pression continue à s'exercer, le glissement des deux os qui s'effectue obliquement en haut et en dehors.

Cette déchirure du ligament latéral interne semble donc être la condition *sine qua non* de la luxation en dehors sans fracture ; sans elle la luxation est impossible.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Avant l'ère de la radiographie, les déplacements qui caractérisent les luxations incomplètes en dehors étaient connus depuis 1787, date à laquelle Pinel eut l'occasion de disséquer une pièce anatomique se rattachant à cette variété incomplète, et plus tard Poumet disséqua une pièce semblable, qui figure aujourd'hui au musée Dupuytren.

A l'heure actuelle, la radiographie nous rend compte, avec toutes les précisions désirables, des déplacements consécutifs aux luxations traumatiques.

La cavité sigmoïde du cubitus, tout en continuant à s'engrener avec l'extrémité inférieure de l'humérus, est transportée en dehors, et là, au lieu de prendre son contact normal avec la trochlée, sa crête médiane répond à la dépression qui sépare la trochlée du condyle, en sorte que sa moitié interne répond au versant externe de la trochlée et sa moitié externe répond au condyle qu'elle embrasse.

Quant à la tête radiale qui a perdu le contact avec le condyle, elle se trouve déjetée soit en avant soit en arrière en même temps qu'en dehors, le plus souvent en avant par la prépondérance du rond pronateur.

Les deux os, radius et cubitus, sont solidaires dans le déplacement, car l'articulation radio-cubitale supérieure est intacte.

Du côté de l'appareil ligamentaire, les ligaments, tiraillés suivant la violence du choc, sont plus ou moins déchirés suivant l'intensité du déplacement, mais dans la variété que nous étudions les lésions ne sont généralement pas très étendues : elles portent le plus souvent sur le ligament antérieur et le ligament latéral interne, quelquefois le ligament latéral externe, rarement sur le postérieur.

Le ligament latéral interne est le plus important à étudier. Il est constitué par trois ordres de faisceaux : un antérieur mince ; un postérieur peu résistant en éventail ; mais surtout par le faisceau moyen, cordon aplati, très résistant, constitué par des fibres s'insérant d'une part sur le côté interne de l'apophyse coronoïde du cubitus, d'autre part à la partie la plus inférieure de l'épitrochlée.

Si le traumatisme a été violent, si le ligament latéral interne a résisté, il n'est pas rare de trouver une fracture de l'épitrochlée par arrachement, et, la solidarité articulaire n'existant plus, la luxation en dehors peut s'effectuer librement.

Ce fragment osseux peut venir s'interposer, par un mouvement de bascule, entre les surfaces articulaires du cubitus et de l'humérus dans la gouttière trochléenne et devenir ainsi un sérieux obstacle à la réduction lorsque cette éventualité n'a été ni diagnostiquée ni envisagée.

Speed, se basant sur les expériences de Nicoladoni, attribue cet arrachement de l'épitrochlée, non pas à une solidité anormale du ligament latéral interne, mais à

l'action des muscles fléchisseurs de l'avant-bras dont la contraction brusque aurait pour effet de détacher leur insertion épitrochléenne.

Mais dans les cas de luxation que nous étudions la lésion ligamentaire essentielle qui conditionne le déplacement est la rupture complète du ligament latéral interne.

SYMPTOMATOLOGIE

Si l'on s'en rapporte aux cas observés, l'avant-bras était à demi fléchi dans le cas de Nichet, fléchi seulement au quart dans celui de Triquet ; d'une façon générale, on peut dire que le coude est le plus souvent légèrement fléchi et l'avant-bras en pronation.

Les mouvements de flexion et d'extension sont impossibles au contraire des mouvements de pronation et de supination qui peuvent être effectués ; cependant notons qu'abandonné à lui-même, le membre se met en pronation.

D'après Imberdis, la main peut être le siège de fourmillements dans la zone d'innervation du cubital.

L'articulation est globuleuse avec ou sans ecchymoses. Le premier signe qui frappe l'observateur est l'élargissement transversal de l'articulation ; un second permet, dès l'inspection, d'orienter le diagnostic vers une luxation latérale, c'est la déviation de l'axe du membre. L'axe de l'humérus n'est pas prolongé par celui de l'avant-bras, mais il tombe nettement en dedans ; cet axe de l'avant-bras est obliquement dirigé de haut en bas et de dehors en dedans, semblant partir de l'épicondyle.

La palpation va nous donner des symptômes plus précis.

L'examen du côté interne nous montre une saillie formée par la partie interne de l'extrémité inférieure de l'humérus ; en refoulant les parties molles le doigt peut reconnaître l'épitrochlée qui soulève la peau, un peu plus bas le bord interne de la trochlée et son versant interne.

L'examen du côté externe ne montre généralement pas de saillie très prononcée, l'avant-bras, nous l'avons déjà dit, se mettant de lui-même en pronation. Si l'on imprime à l'avant-bras un mouvement de supination, une saillie se forme immédiatement ; cette saillie est manifestement formée par la tête radiale, les doigts qui la palpent la sentent rouler quand on fait exécuter à l'avant-bras une série de petits mouvements de pronation et de supination ; de plus, on sent que cette extrémité est ronde, parfois même on peut la reconnaître cupuliforme.

Dès que la supination cesse, la tête est généralement ramenée en avant par l'action des muscles pronateurs et la saillie disparaît.

L'examen de la face postérieure de l'articulation nous montre une saillie plus ou moins marquée formée par l'olécrâne, mais toujours plus considérable qu'à l'état normal parce que le crochet cubital embrasse le condyle et ne s'engage plus complètement dans la fossette olécranienne, ce qui explique aussi que le mouvement d'extension est toujours incomplet.

L'olécrâne est toujours placé sur la ligne transversale qui unit l'épicondyle et l'épitrochlée, car le bras est en extension ; mais les distances respectives de ces trois points sont modifiées, et il est en effet plus rapproché

de l'épicondyle et plus éloigné de l'épitrochlée qu'à l'état normal.

Si avec le doigt on suit de bas en haut la face postérieure du cubitus jusqu'à l'olécrâne, on peut constater que le rebord externe de la cavité sigmoïde est à peu près au niveau de l'épicondyle, ce qui implique que cette cavité sigmoïde embrasse le condyle.

La palpation de la face antérieure ne fournit généralement aucun signe probant de luxation.

Enfin au cours de cet examen, on n'a noté aucune crépitation osseuse, on n'a relevé aucun point particulièrement douloureux, on s'est assuré de l'intégrité de l'humérus, du radius et du cubitus.

DIAGNOSTIC ET PRONOSTIC

L'examen d'un blessé de coude n'est pas toujours chose facile, car les lésions traumatiques de cette articulation, même récentes, s'accompagnent le plus souvent très rapidement d'un gonflement très prononcé.

Cette tuméfaction masque ou atténue les déformations et l'attitude du membre ; elle gêne l'exploration des différents points cardinaux de l'articulation (épicondyle, épitrochlée, olécrâne, tête du radius) ; elle empêche la recherche et la détermination exacte des points douloureux dans les cas d'arrachements osseux. Aussi, dans certains cas, l'examen seul sera insuffisant pour aboutir à un diagnostic précis et devra être complété par l'examen radiographique.

Ici, comme dans tous les cas de traumatismes articulaires, ou para-articulaires, il sera toujours sage d'y avoir recours, ne serait-ce qu'à titre de confirmation ; nous pensons même qu'en bien des cas il est indispensable.

Le diagnostic de luxation incomplète du coude en dehors se fera par la notion de chute sur la partie interne du coude ; par l'attitude du membre et l'angle ouvert en

dedans que fait l'axe du bras avec celui de l'avant-bras ; par la saillie de l'épitrochlée en dedans, et au-dessous d'elle la constatation d'un vide anormal ; par la saillie en dehors de la tête radiale qui est manifeste quand on place l'avant-bras en supination ; enfin par la constatation en arrière que l'olécrâne est à sa place mais que la distance qui le sépare respectivement de l'épicondyle et de l'épitrochlée est diminuée dans le premier cas, augmentée dans le second.

Tous ces points ont été étudiés séparément dans la symptomatologie, nous n'y revenons pas.

La luxation latérale externe pourrait peut-être être confondue avec les autres luxations de l'article. Mais la luxation en arrière, qui est la plus fréquente, a une déformation bien caractéristique ; de plus, il y a élargissement du coude dans le sens antéro-postérieur : l'olécrâne fait en arrière une saillie considérable, tandis qu'en avant la trochlée, devenue superficielle, fait une saillie à la face antérieure du pli du coude.

C'est surtout avec les luxations combinées en arrière et en dehors qu'elle pourrait être confondue, mais la position de l'olécrâne à sa hauteur ordinaire, l'absence de l'extrémité inférieure de l'humérus au-dessus du pli articulaire et la position bien constatée de la cavité sigmoïde embrassant le condyle sont des éléments suffisants pour étayer un diagnostic différentiel.

La luxation est-elle incomplète ? Le déplacement n'est pas aussi important que dans les cas de luxations complètes rapportés par Dupuytren, Salleron, Nélaton, Verneuil, Malgaigne et de nombreux auteurs, où l'extrémité inférieure de l'humérus faisait une saillie considérable en dedans, où la déformation était impressionnante.

La luxation s'accompagne-t-elle de fracture ? Celles du

radius et du cubitus seront généralement facilement diagnostiquées, mais les fractures parcellaires, fractures de l'épitrochlée, fissures, seront à rechercher toutes les fois que le choc aura été particulièrement violent, lorsque l'on se trouvera en présence d'une large ecchymose apparue rapidement ; elles seront vraisemblables lorsqu'une douleur vive sera réveillée en un point bien localisé.

L'interprétation d'un cliché radiographique viendra éclairer ou préciser le diagnostic clinique, dans bien des cas douteux ; lui seul, nous l'avons déjà dit, permettra d'affirmer que la luxation s'accompagne ou non de fracture.

Quant au pronostic, il est intimement lié à la variété de la luxation, étant plus bénin dans les luxations incomplètes que dans les luxations complètes ; lié aussi à l'existence ou à l'absence de fractures concomitantes, l'existence d'une fracture aggravant le pronostic.

Enfin et surtout le pronostic dépend de la rapidité de l'intervention, en l'espèce de la réduction. Si certains auteurs affirment avoir obtenu la réduction un mois après l'accident et même huit mois dans un cas de Thierry, d'autres auteurs aussi dignes de foi prétendent s'être heurtés à une irréductibilité huit jours seulement après le traumatisme.

Aussi serait-il téméraire d'assigner un délai au delà duquel une luxation du coude serait irréductible ; il faut tenir compte pour cela de l'âge, du sexe et de la musculature du sujet. Quoi qu'il en soit, sachons qu'une luxation du coude abandonnée à elle-même devient très rapidement irréductible.

Dans les cas récents et lorsqu'il n'existe pas de complication, la réduction est obtenue aisément ; au point

de vue fonctionnel la restitutio ad integrum se rencontre dans un bon nombre de cas mais ne doit cependant pas être considérée comme une règle absolue.

Les mouvements de pronation et de supination généralement assez peu touchés sont ceux qui reprennent les premiers toute leur amplitude ; les mouvements de flexion et d'extension sont plus lents à réapparaître.

TRAITEMENT

Le traitement d'une luxation pure et incomplète du coude en dehors doit avoir pour but de faire réintégrer aux os leur place normale dans l'articulation et de rendre au membre la liberté de tous ses mouvements.

Le premier but sera atteint par la réduction, généralement aisée, qui devra être faite le plus tôt possible.

Dans quelques cas la luxation a pu être réduite en plaçant le genou sur le pli du coude et en fléchissant l'avant-bras pendant que le chirurgien pratiquait l'extension sur la main. C'est le procédé de Cooper imité de Guy de Chauliac.

Mais généralement on emploie la propulsion combinée soit à la flexion latérale soit à l'extension.

Le procédé de propulsion combinée à la flexion latérale externe consiste à faire prendre l'avant-bras par un aide qui l'infléchit en dehors pendant que le chirurgien, qui maintient le bras, propulse en bas puis en dedans l'extrémité antibrachiale.

Le procédé de la propulsion combinée à l'extension consiste en ceci :

Un aide maintient fortement le bras pendant qu'un

deuxième aide exerce une traction sur l'avant-bras maintenu en extension et en supination ; le chirurgien encadre de ses deux mains la partie inférieure du bras, les doigts entrecroisés prenant point d'appui sur la face interne de l'humérus pendant que ses deux pouces, situés sur la partie externe de l'articulation, refoulent peu à peu en bas et en dedans l'extrémité supérieure des deux os de l'avant-bras. A mesure que l'olécrâne et la cupule radiale s'abaissent et se rapprochent de leur situation normale il est utile de faire progressivement fléchir l'avant-bras ; un ressaut est perçu annonçant que la réduction est achevée.

C'est à ce dernier procédé que nous serions tenté de donner la préférence.

La restitution fonctionnelle aussi intégrale que possible sera obtenue grâce aux massages et à la mobilisation précoce.

Au coude plus peut-être qu'à toute autre articulation l'ankylose est à craindre et l'immobilisation absolument à condamner.

Aussi, la réduction opérée, devra-t-on se contenter d'une immobilisation de deux ou trois jours, par une écharpe de Mayor par exemple, et passer immédiatement aux massages quotidiens qu'accompagneront en fin de séance des mouvements passifs d'abord prudents puis de plus en plus étendus.

Dans les luxations anciennes devenues irréductibles, lorsque les surfaces articulaires sont déformées, les muscles périarticulaires rétractés ; lorsqu'il s'est établi des adhérences entre la partie antérieure de l'humérus et les débris capsulaires antérieurs doublés des fibres profondes du brachial antérieur ; qu'il s'est développé,

quelquefois très rapidement, des ostéomes préarticulaires, la réduction est presque toujours impossible.

On pourrait commencer par essayer de procéder à la réduction sous anesthésie générale ; puis, si l'exploration et l'étude du fonctionnement de la jointure luxée peuvent établir l'intégrité probable des surfaces articulaires, on serait autorisé à rompre les adhérences par des manœuvres de force, conseillées par Farabeuf et réglées par Nélaton et Peyrot sous le nom de « rupture rationnelle des adhérences ». Mais cette méthode semble plutôt donner ses résultats dans les cas de luxations en arrière.

Depuis l'antisepsie il est préférable d'avoir recours à l'arthrotomie, ou réduction à ciel ouvert ; là, pas de manœuvre de force, pas de nouveau traumatisme, pas de manœuvre aveugle.

L'arthrotomie, par le procédé d'Ollier ou par le procédé de Doyen ou de Launay, donne un résultat fonctionnel satisfaisant lorsque les productions fibreuses sont peu développées, et surtout lorsque les surfaces articulaires sont intactes ; c'est dire qu'elle n'est généralement applicable qu'à des cas récents.

Mais dès que la luxation est ancienne, datant d'un certain nombre de semaines, surtout chez les sujets âgés, les manœuvres de force aboutissent à des conséquences fonctionnelles fâcheuses ; l'arthrotomie se heurte à de telles difficultés qu'elle doit souvent se terminer par une résection.

Chez l'enfant on n'interviendra pas chirurgicalement car la création d'une néarthrose très satisfaisante se fait dans la plupart des cas ; mais chez l'adulte, lorsque l'arthrotomie est impossible, la résection paraît l'intervention de choix.

Dès 1893, Tillaux l'avait démontré dans une communication à la Société de chirurgie, le rapport de Launay est venu le confirmer ; la résection judicieusement faite, suivie d'une mobilisation systématique dès le 10e jour comme dans le cas de Launay aboutit le plus souvent à un résultat fonctionnel assez satisfaisant.

CONCLUSIONS

L'observation que nous rapportons concernant un cas de luxation du coude en dehors, incomplète et sans arrachement épitrochléen, méritait déjà par sa rareté qu'on la publiât.

Mais ce qui donne un intérêt particulier à la question, c'est l'étude de sa pathogénie jadis si controversée.

Qu'un choc sur la partie interne du coude puisse rompre par inflexion latérale un ligament aussi puissant que le ligament latéral interne et qu'à cette faveur puisse s'opérer le déplacement en dehors sans occasionner de fracture de l'épitrochlée est un fait qui, depuis longtemps, avait frappé les cliniciens et les expérimentateurs.

C'est qu'en effet cette luxation n'a pu être produite expérimentalement, par Salleron en particulier, qu'après rupture complète de tous les ligaments de l'articulation, ce qui avait autorisé Pingaud à déclarer qu'elle n'existait pas.

Et cependant cette variété de luxation existe ; les dissections de Pinel et Poumet en font foi ; la radiographie que nous reproduisons en est un exemple indéniable.

Nous concluons que, pour qu'elle se produise sans

fracture, il faut une déchirure large du ligament latéral interne et que, si dans les expériences cette lésion n'a pu être reproduite isolément, c'est que toutes les conditions n'étaient pas remplies : un élément était absent, la contraction musculaire, et nous pensons que cela suffit à fausser les résultats.

Au point de vue général, nous avons vu que les luxations en dehors ont une symptomatologie bien spéciale qui doit, dans bien des cas, suffire à établir le diagnostic; nous pensons néanmoins, et nous y insistons à dessein, que la radiographie devra toujours venir confirmer l'examen clinique.

Enfin la réduction est généralement aisée et devra être effectuée le plus tôt possible ; le pronostic fonctionnel est bon, à la condition que le massage et la mobilisation soient précocement institués et méthodiquement conduits.

BIBLIOGRAPHIE

Boularan. — Thèse de Paris, 1875.

Cooper (A). — Œuvres chirurgicales complètes (Dislocations and fractures), 1837.

Delpech. — Précis maladies chirurgicales, 1816, t. III.

Denucé. — Thèse de Paris, 1854.

— Nouveau Dictionnaire de médecine et chirurgie pratiques, 1872.

Dupuytren. — Leçons orales, 1839, t. I.

Forgue et Reclus. — Traité de thérapeutique chirurgicale, 1892.

Grenier. — Thèse de Paris, 1878.

Hamilton. — Traité pratique des fractures et luxations, 1884.

Hatry. — Lyon médical, 1875.

Hudson. — Incomplete dislocation of ulna and radius outward (N.-York, 1873).

Hueter. — Archiv für klin. Chirurgie, 1867.

Huguier. — Sur le diagnostic différentiel des luxations du coude (Thèse de concours, 1842).

Imberdis. — Thèse de Strasbourg, 1858.

Jamain. — Remarques sur la luxation du coude en dehors (Gazette des hôpitaux, 1859).

Launay. — Bulletin de la Société de chirurgie, 1903.

Le Dentu et Delbet. — Nouveau traité de chirurgie, 1913.

Malgaigne. — Traité des luxations, 1856.

— Revue médico-chirurgicale, t. XV.

— Cas non décrit de luxation latérale du coude (Journal de médecine et chirurgie pratiques, 1851).

Marcé. — Observation de luxation latérale du coude (Revue de médecine et chirurgie de Paris, 1854).

Nélaton. — Eléments de pathologie chirurgicale, 1884, t. III.

Nicoladoni. — Wiener med. Wochenschrift, 1875.

Nichet. — Gazette médicale de Paris, 1836.

Pinel. — Mémoire sur le mécanisme des luxations du radius et du cubitus (Journal de Rosier, 1789).

Pingaud. — Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, 1878 (article Coude).

Preston. — Diagnostic et traitement des fractures et luxations, 1915.

Salleron. — Mémoire sur les luxations latérales du coude (Recueil de mémoires de médecine et pharmacie militaires, 1855).

Speed. — Fractures and dislocations (Philadelphie and New-York, 1916).

Sprengel (O.). — Centralblatt für Chirurgie, 1880.

Testut (Léo). — Luxation du coude incomplète en dehors (Bordeaux médical, 1873).

Tillaux. — Traité de chirurgie clinique, 1897.

Thierry. — Gazette des hôpitaux, 1840.

Triquet. — Des luxations latérales du coude (Gazette des hôpitaux, 1851).

Velpeau. — Gazette des hôpitaux, 1847.

En ma qualité de Censeur de tour, j'ai lu la Thèse ayant pour titre :

A propos d'un cas de luxation du coude en dehors,

par A. Pineau.

Je pense que la Faculté peut en permettre l'impression.

Montpellier, le 12 juillet 1922.

Le Professeur,

FORGUE.

Vu :

Montpellier, le 12 juillet 1922.

Le Doyen,

E. DERRIEN.

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier, le 12 juillet 1922.

Le Recteur,

Jules COULET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

Montpellier. — *L'Abeille*, Imprimerie Coopérative ouvrière
14, avenue de Toulouse. — Téléph. 8-78.